

دبپارتمنت صحت ورمونت بورد طبابت  
108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070  
تيلفون: 802-6574220 / فکس: 802-657-4227  
شماره رایگان در داخل ورمونت 800-745-7371  
ایمیل: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

## اجازه نشر سوابق طبی

به مسئولین یا اداره مربوطه:

من بدینوسیله به شما اجازه می‌دهم تمام سوابق طبی و تمام معلومات مربوط به **طفل** ام، را که در اختیار یا کنترول شما است، بطور کامل، در اختیار دبپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، و/یا نماینده تعیین شده آن، و اداره لوی ځارنوالی قرار دهید، چه شفاهی باشد یا کتبی (بشمول سوابق ارایه شده توسط سایر متخصصین صحتی یا نهادهای مراقبت های صحتی)، مربوط به هر گونه وضعیت فیزیکی، روانی، روحی یا عاطفی یا آسیب یا مریضی که ممکن است بخاطر آن با شما مشوره شده باشد یا برای آن ممکن است خدمات ارایه کرده باشید.

صرف با توجه به این اجازه مشخص برای افشاء به دبپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، و به اداره لوی ځارنوالی، و برای هیچ هدف دیگری، من صراحتاً محرمیت و/یا هر گونه امتیاز یا مصونیت های که این معلومات را توسط قانون ایالت فدرال، از جمله مواد تحت پوشش CFR 42، بخش 2، اعطا نموده اند معافیت میدهم و من شما را از افشای آن به دبپارتمنت صحت ورمونت، بورد روطبابت براساس درخواستم، بمنظور ارزیابی بعضی جنبه های مراقبت های صحتی ارایه شده به **طفل** مسئول نمی دانم.

این **اجازه ممکن** است هر زمانی لغو شود به استثنای معیادی که شما طبق آن قبلاً اقدام کرده اید. اگر قبلاً لغو نشده باشد، این اجازه پس از اقدام نهایی، بشمول تصمیم قضایی، در مورد هر اقدامی که توسط بورد طبابت مربوط به این معلومات باشد، یا اگر اقدامی صورت گرفته باشد پس از 365 روز از تاریخ ذکر شده درینجا فسخ می شود.

**شما همچنین اجازه دارید** تا معلومات را به صورت شفاهی یا کتبی مستقیماً به دبپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، یا نماینده تعیین شده آن و به اداره لوی ځارنوالی گزارش بدهید تا زمانی که این اجازه انقضاء یابد یا لغو شود.

یک کاپی فوتواستاتیک منطبق از این اجازه باید به جای آن ارایه شود.

تاریخ تولد

نام طفل (بشکل واضح)

والدین سرپرست (امضاء) / تاریخ

نام والدین/سرپرست (بشکل واضح)

آدرس پستی